

CUESTIONARIO DE ELEGIBILIDAD PARA BENEFICIOS

A. INFORMACIÓN ACERCA DE LA PERSONA			
Nombre completo al nacer	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	
Lugar de nacimiento (ciudad, estado) (adjunte una copia del acta de nacimiento de la persona)		¿Veterano de EE. UU.? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Estado civil	Nombre del cónyuge	Fecha y lugar del matrimonio/divorcio	
Ciudadano de EE. UU. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó NO, escriba el número de registro de extranjero de la persona, su fecha de entrada y el puerto de entrada. Adjunte una copia de ambos lados de la tarjeta de registro de extranjero o de la tarjeta de residente permanente de la persona y cualquier otro comprobante de residencia legal.			
¿La persona tiene un tutor legal, tutor alternativo, tutor sustituto, custodio o comité nombrado por un tribunal ? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó que SÍ, escriba su nombre y dirección (adjunte copias de los documentos legales):			
Si la persona es menor de 21 años de edad, ¿vive con sus padres? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
¿La persona cuenta con cobertura de Medicaid? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó que SÍ: Número de identificación del cliente (CIN): _____ Fecha de aprobación: _____ Si contestó que NO: ¿Presentó una solicitud a Medicaid? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó que SÍ, conteste lo siguiente: Fecha de la solicitud: _____ Fecha de la denegación: _____ Motivo de la denegación: _____			
¿La persona está inscrita en la exención HCBS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Fecha de inscripción: _____ Si contestó que NO: ¿Se ha presentado una solicitud de exención HCBS para la persona? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Fecha de la solicitud: _____ Fecha de la denegación: _____ Motivo de la denegación: _____			
¿Qué servicios recibe la persona? <i>Incluya todos los servicios que proporciona su agencia y cualquier otra agencia:</i>			
B. INFORMACIÓN ACERCA DE LOS INGRESOS DE LA PERSONA			
¿La persona recibe ingresos de alguna fuente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó que SÍ, conteste lo siguiente sobre todas las fuentes de ingresos recibidos por la persona en los últimos 3 meses:			
Fuente de ingresos	¿Quién recibe los pagos?	Número de reclamación	Importe mensual
SEGURO SOCIAL			\$
INGRESO SUPLEMENTARIO DE SEGURIDAD (SSI)			\$
Otros beneficios			\$
			\$
¿La persona alguna vez ha tenido empleo o recibido sueldos (incluyendo sueldos de un taller)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó que SÍ, ¿la persona tiene empleo actualmente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó que SÍ, conteste lo siguiente sobre sus empleadores actuales, otros empleadores, y sus sueldos brutos mensuales durante los últimos 3 meses.			
Empleador(es)	Dirección		Sueldo bruto

C. INFORMACIÓN ACERCA DE LOS ACTIVOS DE LA PERSONA**Solamente conteste la siguiente pregunta si la persona vivirá en una ICF:**

¿La persona ha vendido, regalado o transferido dinero en efectivo, bienes raíces u otros activos en los últimos 60 meses?

 SÍ NO

Si contestó que SÍ, adjunte una hoja con los detalles, incluyendo el tipo de activo, su valor, a quién se le vendió, regaló o transfirió el activo, la fecha de la transacción y el importe por el que se vendió el activo.

¿La persona ha puesto activos en un fideicomiso o se han hecho pagos de un fideicomiso establecido a favor de la persona?

 SÍ NO

Si contestó que SÍ, adjunte una fotocopia de los documentos del fideicomiso o una hoja con los detalles del fideicomiso, incluyendo la fuente del dinero, el nombre del fiduciario, la ubicación del fideicomiso, el número de cuenta y el valor del fideicomiso.

¿La persona tiene cuentas bancarias, cuentas de unión de crédito, certificados de depósito, anualidades, cuentas 401(k), otras cuentas para jubilación, acciones, bonos, valores o participación en bienes raíces?

 SÍ NO

Si contestó que SÍ, adjunte copias (adjunte una hoja adicional, si la necesita, para activos o detalles adicionales):

	Activo 1	Activo 2
Tipo de activo		
Nombre de la persona que recibe estados de cuenta bancarios o que tiene los registros		
Valor actual del activo		

¿Hay una cuenta funeraria para la persona? SÍ NO Si contestó que SÍ, adjunte una hoja con los detalles.

¿La persona tiene un contrato funeral de necesidad anticipada, un fideicomiso funerario, un terreno funeral u otros artículos funerarios?

 SÍ NO Si contestó que SÍ, proporcione detalles (adjunte una fotocopia del contrato):**D. INGRESOS O ACTIVOS FUTUROS DE LA PERSONA**¿La persona tiene una participación, una posible participación o se prevé que reciba una herencia, un acuerdo extrajudicial, un fideicomiso u otro activo? SÍ NO

Si contestó que SÍ, describa el activo a continuación (adjunte una hoja con los detalles).

E. INFORMACIÓN ACERCA DEL SEGURO DE VIDA DE LA PERSONA

¿La persona tiene un seguro de vida? SÍ NO Si contestó que SÍ, conteste lo siguiente:

Nombre y dirección de la compañía de seguros

Número(s) de póliza

Valor nominal
\$

Nombre y dirección de la persona que tiene la póliza

F. INFORMACIÓN ACERCA DEL SEGURO DE SALUD DE LA PERSONA

¿La persona tiene Medicare?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Fecha de entrada en vigor	Número de reclamación
Parte A Seguro de hospital	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Parte B Seguro médico	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Parte D Plan de medicamentos recetados	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Plan Medicare Advantage	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

Nombre, dirección y número de teléfono del plan Medicare Advantage			
¿La persona tiene cobertura de otro seguro de salud? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó que SÍ, adjunte una copia del certificado de seguro, la póliza, el folleto o la tarjeta (por ambos lados) y conteste lo siguiente:			
Nombre y dirección de la compañía de seguros			
Número de póliza	Número de grupo	Otro(s) identificador(es)	
Fecha de entrada en vigor de la cobertura	Nombre del titular		
Nombre y dirección del grupo/empleador			
G. INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DE LOS PADRES Y EL CÓNYUGE DE LA PERSONA			
	PADRE	MADRE	CÓNYUGE
Nombre completo al nacer/Nombre de soltera			
Fecha de nacimiento			
Lugar de nacimiento (ciudad, estado)			
Número de Seguro Social			
Ciudadano de EE. UU.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Veterano de EE. UU. Si contestó que SÍ, escriba el:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Número de serie			
Número de reclamación			
Recibe beneficios por incapacidad/jubilación	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Fecha de incapacidad/jubilación			
Fecha y lugar del fallecimiento, si es el caso			
H. REPRESENTANTES FINANCIEROS DE LA PERSONA			
¿Hay alguna otra persona o personas que tengan información financiera sobre la persona? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó que SÍ, escriba la información abajo, o adjunte una hoja con una lista detallada:			
NOMBRE	DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO	RELACIÓN	
I. LA INFORMACIÓN PROVISTA ES CORRECTA EN LA MEDIDA DE MI CONOCIMIENTO			
Firma de la persona que contestó el formulario		Nombre en letra de molde	
Relación con la persona	Teléfono	Fecha	